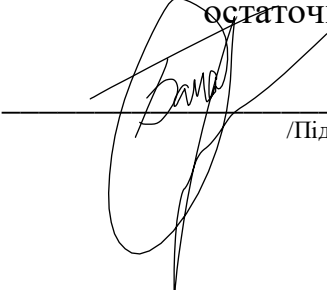


**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,
остаточна версія



_____ /Підпис студента/

БАЛАГУРАК Ольга Вячеславівна

**ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ ЖІНОК ЗІ СХИЛЬНІСТЮ ДО
ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ: СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД
ЛІТЕРАТУРИ**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Сеник Оксана Мирославівна,

доцент кафедри клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Депресивні стани жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки:
системний огляд літератури»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 20/М

спеціальності 053 «Психологія»

Балагурак О.В.

Керівник: доцент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат психологічних наук

Сеник О.М.

Рецензент:

Львів – 2020

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

(назва факультету)

Кафедра клінічної психології з основами КПТ

(повна назва кафедри)

Магістерська робота

на тему:

**ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ ЖІНОК ЗІ СХИЛЬНІСТЮ ДО ПОРУШЕНЬ
ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ: СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ**

Виконала: студентка 2 курсу

групи ЗПК 20 м

спеціальності 053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

Балагурак О.В.

(прізвище та ініціали)

Керівник Сеник О.М.

(прізвище та ініціали)

Рецензент _____

(прізвище та ініціали)

Львів – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	6
1.1. Проблема депресії у наукових дослідженнях. Депресивні стани особистості у різних напрямках психології та психотерапії	6
1.2. Загальна характеристика порушень харчової поведінки.....	9
1.3. Схильність до порушень харчової поведінки та депресивні стани у жінок.....	13
РОЗДІЛ II. МЕТОДИ І ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.....	18
2.1. Ключові слова для пошуку та джерела даних.....	18
2.2. Критерії включення та виключення досліджень.....	18
2.3. Характеристика відібраних досліджень.....	19
РОЗДІЛ III. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.....	22
3.1. Узагальнені результати дослідження.....	22
3.2. Дискусії.....	25
ВИСНОВКИ.....	35
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	38

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розлади харчової поведінки (РХП), як і депресія, стали одними із найбільш актуальних проблем психічного здоров'я у XXI столітті. РХП займають друге місце за рівнем смертності серед усіх психічних захворювань. При цьому, близько 26% осіб із такими розладами вчиняють суїцид (Arcelus et al., 2011). Саме тому таким важливим є вивчення зв'язку між депресивними станами та РХП. За даними американських досліджень, 94% людей із РХП мають супутні розлади настрою, у більшості з них це – великий депресивний розлад (Tagay et al., 2014). Характерною особливістю розладів харчової поведінки є те, що співвідношення жінок і чоловіків з такими розладами є нерівномірним: більшою мірою від РХП страждають жінки. Приблизно 0,4% молодих жінок відповідають діагностичним критеріям анорексії, тоді як у чоловіків цей показник становить 0,1% (Keski-Rahkonen et al., 2007). Щодо білумії, то 1% молодих жінок та 0,1% молодих чоловіків відповідають діагностичним критеріям цього розладу (Favaro et al., 2009). Тому для нашого дослідження ми обрали саме жінок молодого віку.

У сучасній вітчизняній психологічній науці проблематика порушень харчової поведінки жінок молодого віку є недостатньо вивченою. Найбільше питаннями харчової поведінки жінок, механізмів та соціально-психологічних чинників виникнення різних порушень такої поведінки, а також психологічних особливостей жінок, які схильні до таких порушень, у нашій країні на сьогодні займається докторка психологічних наук Л. Абсалямова (2019), дослідження якої стосуються жінок із неклінічної вибірки. Разом з тим, вивчення проблеми зв'язку між депресивними станами та РХП у жінок є дуже актуальним, адже його результати можуть якісно

послужити розвитку психотерапевтичної роботи з жінками, які мають розлади харчової поведінки.

Об'єкт дослідження – порушення харчової поведінки.

Предмет дослідження – депресивні стани жінок у взаємозв'язку з їхньою схильністю до порушень харчової поведінки.

Мета дослідження – виявити особливості депресивних станів у жінок, які є схильними до порушень харчової поведінки.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати проблему депресії у наукових дослідженнях та депресивні стани особистості з позиції різних напрямків психології та психотерапії.
2. Дати загальну характеристику порушень харчової поведінки та проаналізувати схильність до таких порушень у взаємозв'язку з депресивними станами жінок.
3. Провівши системний огляд досліджень, присвячених депресивним станам жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки, визначити:
 - особливості взаємозв'язку між депресивними станами та схильністю до порушень харчової поведінки у жінок;
 - особливості депресивних станів жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки, порівняно із жінками, у яких немає такої схильності;
 - особливості депресивних станів жінок зі схильністю до різних порушень харчової поведінки.

Гіпотеза дослідження: депресивні стани та схильність жінок до порушень харчової поведінки є взаємопов'язаними між собою, при цьому, жінки зі схильністю до таких порушень водночас більше схильні до депресивних станів, порівнюючи з умовно здоровими жінками, а у жінок зі схильністю до різних порушень харчової поведінки спостерігаються

відмінності за рівнем вираженості та особливостями вияву депресивних станів.

Методи дослідження: системний огляд наукових досліджень, аналіз, узагальнення, порівняння, систематизація наукових даних щодо депресивних станів особистості, порушень харчової поведінки та особливостей депресивних станів у жінок зі схильністю до таких порушень.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження: у роботі проведено системний аналіз наукових досліджень проблеми депресивних станів у жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки; узагальнено відомості про чинники депресивних станів у жінок із РХП, психологічні характеристики та показники порушень харчової поведінки, із якими вони корелюють та які вони визначають; уточнено відмінності за рівнем вираженості та особливостями вияву депресивних станів у жінок зі схильністю до різних РХП; уточнено характеристики, за якими відрізняються між собою жінки з порушеннями харчової поведінки, які виявляють різну схильність до депресивних станів.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і списку використаних джерел (43 публікації, з яких іншомовних – 35). У тексті роботи використано 1 рисунок та 1 таблицю. Текст основної частини роботи представлено на 37 сторінках. Загальний обсяг роботи – 43 сторінки.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Проблема депресії у наукових дослідженнях. Депресивні стани особистості у різних напрямках психології та психотерапії

Як влучно відзначає у своїй книзі відомий психіатр доктор С. Пфайфер (2017), «... депресія є здавна відомим феноменом: людина самим фактом свого існування може перебувати в скрутних ситуаціях, які її пригнічують» (Пфайфер, 2017 : 18). Справді, депресивні розлади стають все більш поширеними у світі, що особливо яскраво виявляється у розвинених країнах світу. Окрім цього, депресивна симптоматика може супроводжувати й багато інших розладів. Розглянемо основні ознаки депресивних станів, про які говорять науковці. Уже згаданий доктор С. Пфайфер (2017) виділяє чотири основні симптоми депресії: *депресивний розлад почуттів* (відсутність радості, переживання втрати віри та надії, вітальна туга, неспокій і страх, емоційна пустка, апатія та ін.), *порушення мислення* (загальмовані процеси мислення, пам'яті та уваги, депресивне «наповнення» думок, труднощі у прийнятті рішень тощо), *розлади моторики* (знижена рухливість й активність, сповільненість у рухах, «загальмованість» або, навпаки, метушливість), *соматичні / вегетативні порушення* (підвищена втомлюваність і виснажуваність, проблеми зі сном і прийомом їжі, зміни у вазі, неприємні відчуття з боку різних органів і систем організму та ін.). Особи із депресивними станами переживають вітальний сум та первинне почуття провини, у них порушений добовий ритм циклу «сон-бадьорість», а також у них часто виявляються сийцидальні тенденції. На думку О. Мироненка (2006), саме такі ознаки можна вважати «класичними» про депресії.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб одинадцятого перегляду, депресивні розлади характеризуються депресивним настроєм (сум, дратівливість, відчуття порожнечі) або втратою задоволення, супроводжується різними когнітивними, поведінковими (наприклад, зниження активності) та/або нейровегетативними (до прикладу, порушення сну або харчування, зниження енергійності) симптомами, які суттєво впливають на здатність людини до позитивного функціонування у значущих сферах життя (ICD-11, 2022).

Розглянемо погляди на природу депресивних станів особистості представників основних напрямків у психології та психотерапії. З погляду сучасного психодинамічного підходу, як відзначають Р. Кечур, Н. Долішня та О. Мироненко (2008), депресивні стани особистості можуть розвиватися під дією таких чинників: а) *переживання людиною втрати* – у цьому разі людина залишається без того, хто був для неї важливим і з ким у неї були налагодженні стосунки емоційної прив'язаності, хто давав їй впевненість у собі, вселяв надію і віру у власні можливості досягнути успіху тощо (тут мова може йти як про реальну втрату такої близької людини через її смерть, так і про завершення з нею стосунків, пов'язане з певними іншими причинами); б) *провина*, яку людина переживає стосовно емоційно значущого для неї іншого, якого вона втратила, але «не відпускає»; в) *агресія чи ненависть*, які через страх осуду витісняються у несвідоме або спрямовуються людиною проти самої себе, що дозволяє їй зберегти зв'язок з тим, на кого насправді спрямовані ці її переживання; г) *наявність у людини проблем, пов'язаних із самооцінкою* – тут швидше йдеться про те, як людину оцінюють інші: з великою ймовірністю депресивні стани можуть виникати у тих людей, яких висміюють, несправедливо критикують чи звинувачують у чомусь, чії можливості недооцінюють ті, від кого вона чекала прихильного ставлення. Також у сучасному психодинамічному підході прийнято вважати, що разом зі схожістю клінічних ознак, які виявляються

при різних депресивних станах, неусвідомлені почуття, якими вони супроводжуються, суб'єктивно переживаються людиною по-різному: у вигляді почуття сорому, пов'язаного з думками про те, що інші вважають людину «слабкою», «нікчемною», «поганою» і т.д., або як почуття провини через свою здатність до поганих вчинків (Кечур & Мединська, 2006).

У межах когнітивного підходу джерелом депресивних станів вважається порушення здатності людини адекватно концептуалізувати актуальну життєву ситуацію на когнітивному рівні. У такому разі, в людини «спотворюється» та стає негативним сприймання себе, своєї особистості (вона вважає себе «невдахою», «нікчемою»), наявного життєвого досвіду (навколо бачаться лише перешкоди, які вона не здатна подолати, вимоги, яким вона не може відповідати), власного майбутнього (людина переконана у тому, що в майбутньому її становище не покращиться, а лише погіршиться). Ці три аспекти (негативний образ Я, негативний досвід і негативний образ минулого) є так званою «когнітивною тріадою депресії». Саме вона визначає, якими будуть думки та бажання людини при переживанні депресивного стану, до яких дій вона вдаватиметься. Аспекти такої тріади також визначають специфіку інших симптомів депресії (емоційних, соматичних і т.д.). Схильність людини до депресивних станів, вважають прихильники когнітивного підходу, розвивається в результаті переживання травматичного досвіду у період раннього дитячого віку: у такій ситуації формуються негативні когнітивні схеми, які потім закріплюються, стають латентними, а при переживанні схожих ситуацій у дорослому житті знову актуалізуються (Beck & Alford, 2009).

Прихильники когнітивно-поведінкового підходу вважають, депресивні стани людини виникають у зв'язку з її домінуючим песимістичним атрибутивним стилем та завченою безпорадністю. Вбачаючи у собі джерело негативних подій, які відбуваються у її житті, сприймаючи такі події як глобальні та стабільні, переживаючи свою

безпорадність та нездатність власними діями якось змінити ці події, людина стає схильною до переживання депресивних станів (Seligman et al., 2016). На думку представників гуманістичного напрямку, депресивні стани можуть виникати у людини, коли у неї відсутнє переживання осмисленості життя, вона втрачає усвідомлення, що для неї є особистісно значущим сенсом життя, немає можливостей для особистісної самореалізації та самоактуалізації. Прихильники екзистенційного підходу вважають, що причиною депресивних станів може бути переживання екзистенційної кризи, втрати цінності свого життя (Зубцов, 2016).

Таким чином, у різних психологічних і психотерапевтичних підходах розглядають різні джерела депресивних станів (неадекватність когнітивної концептуалізації ситуації, негативні когнітивні схеми, що виникають при переживанні травматичного досвіду у дитинстві, втрата сенсу життя, переживання його цінності та ін.). Узагальнення основних симптомів депресії показує, що вони можуть стосуватися емоційної, когнітивної, поведінкової та соматичної сфер.

1.2. Загальна характеристика порушень харчової поведінки

Систему особливих взаємодій людини із оточенням задля задоволення своєї потреби у їжі називають харчовою поведінкою. Така поведінка визначається впливом різних чинників, серед яких: біологічні, психологічні, соціокультурні та ін. Вона є складно організованою психологічною системою, значущим у якій є не тільки саме задоволення потреби у їжі, але й процес її споживання людиною. Окрім цього, за допомогою харчової поведінки людина може реалізувати свої психологічні та соціальні потреби. Беручи до уваги гармонійність та адекватність харчової поведінки людини, її можна розглядати як континуум, на якому знаходяться адекватні (у межах

норми) харчові патерни, епізодичні порушення харчової поведінки, патологічна харчова поведінка (Абсалямова, 2019).

РХП у загальному можна визначити як порушення, що призводять до зміненого споживання їжі та впливають на фізичне здоров'я людини і на її психосоціальне функціонування. Різні такі розлади мають подібні механізми розвитку, супроводжуються патологічною занепокоєністю та заклопотаністю людини своєю вагою, формою тіла (Абсалямова, 2019). Як показують статистичні дані, розлади харчової поведінки часто зустрічаються у жінок молодого віку, які проживають у західних індустриальних країнах, і є менш поширеними серед чоловіків. Серед найбільш поширених розладів харчової поведінки – анорексія, булімія та наподоподібне переїдання (Абсалямова, 2019; Magallares et al., 2014).

При *анорексії* пацієнти дуже обмежують себе у харчуванні, у зв'язку з чим в них відзначається недостатня маса тіла. Разом із жорсткими харчовими обмеженнями, у них можливі також періодичні напади переїдання. Вони схильні до переживання страху набрати «зайву» вагу і бути «товстими», образ тіла є для них перебільшено значущим. Характерною ознакою розладу є те, що людина схильна принаймні до однієї із таких моделей харчової поведінки, як штучне очищення організму, голодування, надцінне ставлення до фізичних вправ, які виконуються з метою жорсткого контролю своєї ваги. Пацієнти з *булімією* зазвичай нерегулярно харчуються, можуть пропускати прийоми їжі, що поєднується у них із доволі жорсткими обмеженнями у харчуванні, а також регулярними нападами переїдання із подальшою компенсацією. Вони регулярно влаштовують собі голодування, штучно очищують свій організм, одержимі ідеєю контролювати свою вагу фізичними навантаженнями. У них здебільшого нормальна вага або ж вона є трохи надмірною. Образ тіла є для таких людей надзвичайно особистісно значущим. При *наподоподібному переїданні* людина харчується нерегулярно, але особливо не обмежує себе в

їжі. Як зрозуміло із назви, пацієнти з таким розладом мають регулярні напади переїдання без компенсації. Періодично вони можуть голодувати, вдаватися до штучного очищення організму або пробують починати займатися фізичними вправами для того, щоб контролювати свою вагу. При цьому, вага у цих людей зазвичай є у межах норми або дещо надлишковою, а образу свого тіла частина з них може надавати перебільшеного значення, тоді як інші сприймають його без перебільшень (Мартінова, 2021).

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб одинадцятого перегляду, яка відносно нещодавно набула чинності (у січні 2022 року), серед розладів харчової поведінки було виділено розлад *уникнення / обмеження споживання їжі*. Особи з таким розладом суворо обмежують себе у вживанні окремих продуктів, в цілому споживають набагато менше їжі, ніж це потрібно для підтримання оптимального стану функціонування організму та здоров'я. Через це у них часто недостатня вага, а також вони можуть страждати від дефіциту поживних речовин в організмі. Обмеження у вживанні окремих категорій продуктів здебільшого не пов'язане з намаганням контролювати свою вагу, оскільки образу власного тіла такі особи не надають перебільшеного значення. Їм буває важко розпізнавати у себе ознаки голоду, а почуття насиченості у них виникає після споживання дуже малої кількості їжі. Вони часто попускають прийоми їжі, перебірливі у виборі продуктів харчування. Споживання їжі у них пов'язане з переживанням неспокою, тривоги, вони нерідко намагаються уникати заходів, пов'язаних із продуктами харчування та споживанням їжі (Мартінова, 2021; 2022).

Виникнення та розвиток РХП пов'язане з впливом різних чинників: біологічних, індивідуально-психологічних, соціальних, соціокультурних та інших. Так, розлади харчової поведінки можуть виникати під впливом біологічних процесів, які пов'язані з автоматичними (несвідомими) подіями. Особистісні властивості та когнітивні стилі осіб, у яких

розвиваються порушення харчової поведінки, багато в чому зумовлені впливом генетичних факторів (Schaumberg et al., 2017).

Нейробиологічні чинники визначають нетипові реакції осіб з такими розладами на їжу та фізичну активність (наприклад, в осіб із анорексією при споживанні більшої кількості калорій може виникати дисфорія, тоді як обмежене споживання калорій має на них заспокійливий вплив) (Bulik, 2016). В осіб із РХП фіксують порушення у регуляції функціонування нейромедіаторів (вони багато в чому відповідають за мотивацію, контроль над імпульсами, регуляцію настрою та відчуття ситості тощо), а також деякі особливості у структурі та функціонуванні мозку (Frank, 2015). Хоча генетичні чинники відіграють певну роль у виникненні розладів харчової поведінки, але вони не можуть їх спричинити без поєднання із додатковими чинниками зовнішнього середовища (особливості батьківської сім'ї, соціокультурні чинники) та внутрішніми чинниками, які пов'язані з індивідуально-психологічними особливостями самої людини (Culbert et al., 2015).

Із порушеннями харчової поведінки асоційовані численні негативні наслідки для фізичного та психічного здоров'я людини, її благополуччя та якості життя. В осіб із РХП існує підвищений ризик розвитку різних соматичних порушень, передчасної смерті, вони частіше схильні до вчинення суїцидальних спроб, порівнюючи з особами без таких порушень. Розлад харчової поведінки є значним стресом як для самого хворого, так і для його сім'ї. У дорослому віці це ускладнює функціонування людини у значущих сферах життя, порушує її благополуччя і знижує якість життя в цілому (Schaumberg et al., 2017). Разом з тим, соматичні, психологічні та психосоціальні порушення, які супроводжують розлади харчової поведінки, часто буває складно виявити, через що такі пацієнти не завжди отримують потрібне лікування.

1.3. Схильність до порушень харчової поведінки та депресивні стани у жінок

Статистичні дані, які стосуються осіб з розладами харчової поведінки обох статей, свідчать про те, що такі порушення часто виявляються вкупі з депресивними і тривожними розладами, при цьому, існують думки вчених про те, що депресія і тривога можуть бути або чинником порушень харчової поведінки, або ефектом їх негативного впливу на людину, або ж вони можуть мати спільну етіологію (Swinbourne & Touyz, 2007). За результатами масштабного шведського дослідження, до якого були залучені 6899 жінок із монозиготних і одностатевих дизиготних близнюків, виникнення розладів харчової поведінки (зокрема, анорексії) та депресивних розладів більшою мірою визначається не генетичними чинниками, а впливом чинників середовища, які, до того ж, здебільшого є відмінними для кожного з цих розладів (Thornton et al., 2016). У зв'язку з цим, більш логічним видається пояснення, що депресія та розлади харчової поведінки (принаймні у жінок) є пов'язаними між собою, але специфіка їх причинно-наслідкового зв'язку залишається недостатньо зрозумілою.

На прикладі дорослих осіб, серед яких переважали жінки, було виявлено, що рівень депресії у цьому віці значуще корелює з такими показниками, асоційованими із порушеннями харчової поведінки, як міжособистісна недовіра, інтероцептивне усвідомлення та неефективність (Qadir & Muhsin, 2020).

Дослідження на прикладі вибірки, яка включила 2510 жителів Німеччини, показують, що серед осіб з розладами харчової поведінки ознаки депресії найчастіше спостерігаються в осіб з нападаподібним переїданням. В цілому симптоматика розладів харчової поведінки значуще корелює із депресивними симптомами, зокрема, з ангедонією та пригніченим настроєм. Такий зв'язок спостерігається в осіб обох статей, але

є більш тісним у жінок, порівнюючи з чоловіками (Ernst et al., 2021). Виявлено статеві особливості депресивних станів, тривоги і проблем із надмірною вагою: жінки, які повідомляють про наявність у себе депресивних і тривожних симптомів частіше мають більшу надмірну вагу, порівнюючи із чоловіками зі схожою депресивною і тривожною симптоматикою (Ernst et al., 2019).

Подібне стосується і зв'язку між депресією та схильністю до ожиріння: у жінок такий зв'язок є більш значущим, ніж у чоловіків (Tronieri, et al., 2017). Окрім цього, у зв'язку з домінуванням негативного афекту, що включає також і депресивні переживання, жінки з ожирінням частіше порушують дієту, порівнюючи із чоловіками з таким самим емоційним станом і з такими ж порушеннями харчової поведінки (Ernst et al., 2021). Депресивні стани в осіб із РХП тісно корелюють зі схильністю до переживання соціальної ізоляції, сорому в цілому, а також у зв'язку з особливостями власного характеру, тіла, поведінки (в цілому та харчової зокрема), при цьому, у жінок такі взаємозв'язки є відносно сильнішими, ніж у чоловіків (Keith, et al., 2009).

Депресивні переживання жінок можуть бути своєрідним медіатором між порушеним сприйняттям образу власного тіла та між схильністю до РХП. Жінки з негативним образом свого тіла частіше переживають сором, порівнюючи себе з іншими не на свою користь, вони занепокоєні та стривожені тим, що інші можуть їх засуджувати, фрустровані своєю нездатністю досягнути бажаних ідеалів краси. По мірі зростання негативних настанов щодо власного тіла у цих жінок зростає схильність до депресивних станів, яка, у свою чергу, прямо корелює зі схильністю до порушень харчової поведінки (в цілому, а також до симптомів булімії чи анорексії). Варто зауважити, що значущий зв'язок між порушеним сприйняттям образу свого тіла та між схильністю до РХП у жінок може виявлятися і без участі депресії (Pourfard et al., 2016).

Схильність до депресивного настрою і до РХП у жінок молодого віку є відмінними в плані стабільності у часі. Їх моніторинг протягом року показує, що схильність до порушень харчової поведінки виявляється на вищому рівні та є більш стабільною, порівнюючи зі схильністю до депресивного настрою. При цьому, вони взаємно впливають одна на одну з часом: схильність до РХП впливає на те, якою буде схильність до депресивного настрою у майбутньому і сама визначається тим, якою є така актуальна схильність; а схильність до депресивного настрою визначає міру схильності до РХП у майбутньому і водночас залежить від такої схильності у теперішньому. Частково такий взаємовплив між депресивним настроєм і порушеннями харчової поведінки пояснюється певними психологічними характеристиками жінок, зокрема, невротичним перфекціонізмом, схильністю до необдуманого поведінки в умовах стресу, переживанням сорому, інтерналізованим ідеалом худого тіла, незадоволеністю власним тілом, поєднаною зі зниженою самоцінністю та самооцінкою (Boejut & Gana, 2014).

За даними досліджень, жінки із РХП відзначаються нижчим суб'єктивним благополуччям, ніж жінки, у яких немає схильності до таких порушень. Вони мають нижчий рівень задоволеності життям, нижчі показники позитивного афекту. Натомість, у цих жінок (особливо у тих, які мають булімію) частіше переважає негативний афект (Magallares et al., 2014). Припускається, що такі особливості можуть бути пов'язаними з депресивними станами жінок із розладами харчової поведінки.

У жінок із діагностованою анорексією, які лікуються стаціонарно, депресивні стани виникають достовірно рідше. Відновлення маси тіла, яке відбувається у цих жінок під час лікування на стаціонарі, прямо корелює зі зменшенням депресивної симптоматики. Враховуючи те, що відновлення маси тіла пов'язане з мірою вираженості симптомів розладу харчової поведінки, можна зробити висновок, що рівень депресії безпосередньо

пов'язаний із синдромом порушень харчової поведінки при анорексії (Sjögren & Støving, 2022). В окремих дослідженнях було встановлено, що жінки з анорексією мають вищий рівень депресії, ніж умовно здорові жінки без порушень харчової поведінки (Kucharska et al., 2016; Aloï et al., 2015). Те ж саме стосується жінок із нападаподібним переїданням (Aloï et al., 2015). При цьому, жінки з анорексією мають значуще вищий рівень депресії, порівнюючи із жінками, у яких діагностовано нападаподібне переїдання (Aloï et al., 2015).

Цікаві результати виявлено у дослідженні, метою якого було порівняння особливостей харчової поведінки та психологічних характеристик у молодих жінок з різними РХП та у їхніх матерів. Як з'ясувалося, у жінок з анорексією спостерігається обернений значущий взаємозв'язок між рівнем депресії у них і в їхніх матерів. У жінок з булімією така кореляція теж є значущою, але прямою. А у жінок з нападаподібним переїданням такий зв'язок не є статистично достовірним. Аналіз даних у групі досліджуваних молодих жінок без порушень харчової поведінки і їх матерів показав, що показники депресії у них прямо корелюють між собою. Тобто у жінок з анорексією депресивні стани виникають тим частіше, чим рідше вони виявляються у їхніх матерів. У жінок з булімією, як і в тих, які не мають порушень харчової поведінки, навпаки, рівень депресії є тим вищим, чим вищий він у їхніх матерів. Окрім цього, у жінок з булімією депресивна симптоматика прямо корелює з мірою вираженості у їхніх матерів окремих психологічних конструктів, які пов'язані з порушеннями харчової поведінки: неефективністю, інтероцептивним усвідомленням, булімічною симптоматикою (Vázquez-Velázquez et al., 2017).

Ґрунтуючись на даних проведених раніше наукових досліджень, запропоновано таку теоретичну модель депресивних станів у жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки (рис. 1.1).

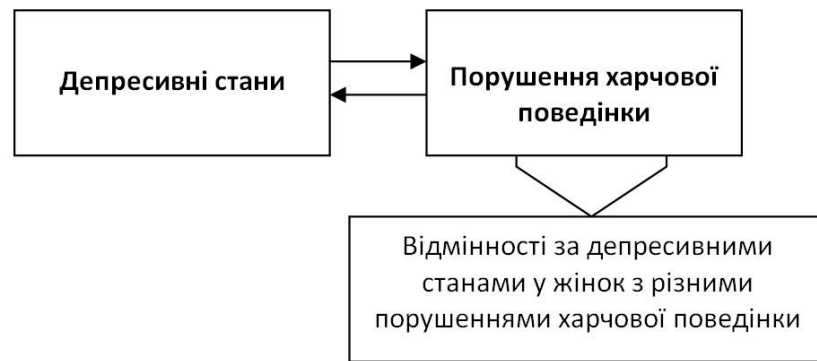


Рис. 1.1. Теоретична модель депресивних станів у жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки

В основі моделі лежать припущення про те, що: 1) депресивні стани та схильність жінок до порушень харчової поведінки є взаємопов'язаними між собою; 2) жінки зі схильністю до РХП водночас більше схильні до депресивних станів, порівнюючи з тими жінками, у яких немає схильності до таких порушень; 3) жінки зі схильністю до різних порушень харчової поведінки відрізняються між собою за рівнем вираженості та особливостями вияву депресивних станів.

Підсумовуючи, бачимо, що представники різних психологічних і психотерапевтичних напрямків розглядають різні джерела депресивних станів особистості; основні симптоми депресії можуть стосуватися емоційної, когнітивної, поведінкової та соматичної сфер людини; розлади харчової поведінки є порушеннями, що виникають під впливом багатьох різних чинників, призводять до зміненого споживання їжі та впливають на здоров'я і психосоціальне функціонування людини; депресивні стани жінок та їхня схильність до порушень харчової поведінки є взаємопов'язаними між собою, але специфіка цього зв'язку потребує уточнення.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ І ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Ключові слова для пошуку та джерела даних

Пошук досліджень для системного огляду проводився двома мовами – українською та англійською. Відповідно, для пошуку українською мовою було використано такі ключові слова та різні варіації їх поєднання: «порушення харчової поведінки», «розлади харчової поведінки», «булімія», «анорексія», «компульсивне переїдання», «нападоподібне переїдання», «депресія», «депресивні стани», «жінки», «дорослий вік».

Пошук англійських джерел проводився за такими ключовими словами у різних варіантах поєднання: «eating disorders», «bulimia», «anorexia», «bulimia nervosa», «anorexia nervosa», «binge eating disorder», «depression», «depressive symptoms» «women», «female», «adult».

Джерела даних – бази наукових публікацій і цитувань, серед яких: Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського, Електронна бібліотека НАПН, Google Scholar, Mendeley, ScienceDirect, Scopus, APA PsycNet, PubMed.

2.2. Критерії включення та виключення досліджень

При відборі досліджень для системного огляду враховувалися такі **критерії включення**:

1. Дослідження присвячене проблемам депресивних станів у жінок із порушеннями харчової поведінки.

2. Вибірка дослідження включає жінок дорослого віку (від 18 років), які мають розлади харчової поведінки (булімію, анорексію, нападоподібне переїдання та ін.) або жінок із такими розладами та контрольну групу жінок без порушень харчової поведінки для порівняння.

3. Публікація містить дані оригінального (авторського) дослідження.

4. Для дослідження використано валідний і надійний інструментарій.

5. Проведена статистична обробка емпіричних даних, вказано методи, використані для обробки.

6. Інформація про авторів дослідження (місце роботи, вчене звання, науковий ступінь тощо) є доступною та підтверджує їхню компетентність у сфері наукових досліджень.

7. Дослідження опубліковані у межах з 2012 по 2022 рік.

8. Публікація доступна для ознайомлення у повному обсязі.

Критерії виключення були такими:

1. У дослідженні не розкрито проблему депресивних станів у жінок із порушеннями харчової поведінки.

2. Вибірка дослідження включає жінок у віці до 18 років, чоловіків або осіб із розладами харчової поведінки без зазначення статевої приналежності.

3. Публікація містить результати системного огляду, мета-аналізу.

4. Психодіагностичний інструментарій не є валідним і надійним.

5. Відсутня статистична обробка емпіричних даних, інформація про використані методи такої обробки, або числові дані, які підтверджують достовірність описаних результатів.

6. Інформація про авторів дослідження (місце роботи, вчене звання, науковий ступінь тощо) відсутня, її немає у відкритому доступі та/або вона не підтверджує їх компетентності у сфері наукових досліджень.

7. Дослідження опубліковане до 2012 року.

8. Публікація недоступна у повному обсязі.

2.3. Характеристика відібраних досліджень

Враховуючи описані вище критерії включення та виключення для системного аналізу було відібрано 10 досліджень, проведених у різних

країнах Європи (Італія, Іспанія, Хорватія, Нідерланди, Туреччина, Португалія, Данія) та США і опублікованих у 2012-2021 роках (табл. 2.1).

Для діагностики депресивних станів у більшості досліджень було використано шкалу депресії Бека. Для оцінки схильності до порушень харчової поведінки у цих дослідженнях найчастіше використовувався клінічний опитувальник EDI різних переглядів.

Таблиця 2.1

Загальні дані про відібрані для системного огляду дослідження

<i>Автори</i>	<i>Рік</i>	<i>Країна</i>	<i>Вибірка</i>	<i>Основний метод емпіричного дослідження</i>	<i>Метод дослідження депресивних станів</i>	<i>Метод дослідження порушень харчової поведінки</i>	<i>Методи статистичної обробки даних</i>
Abbate-Daga G., Gramaglia C., Marzola E., Amianto F., Zuccolin M. & Fassino S.	2012	Італія	N = 838 жінок із розладами харчової поведінки (N = 317 із анорексією, N = 223 із булімією, N = 298 із розладом харчової поведінки, не виділеним до окремої категорії); середній вік – 29 років (SD = 9,72), середній вік початку розладів харчової поведінки – 20,0 років (SD = 8,0)	Опитування	Beck Depression Inventory (BDI)	Eating Disorder Inventory-2, structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I)	Хі-квадрат критерій Пірсона, t-критерій Стьюдента, логістичний регресійний аналіз, лінійна кореляція за Пірсоном
Ali A.M., Hori H., Kim Y. & Kunugi H.	2021	Іспанія	N = 123 жінки із розладами харчової поведінки (N = 59 із анорексією, N = 35 із булімією, N = 11 із нападаподібним переїданням, N = 18 із розладом харчової поведінки, не виділеним до окремої категорії); середній вік – 27,3 років (SD = 10,6)	Опитування	ICD-10		Дескриптивна статистика, рангова кореляція за Спірменом, t-критерій Стьюдента, Хі-квадрат критерій Пірсона, моделювання
Beroš K., Brajković L., Kopilaš V.	2021	Хорватія	N = 68 жінок (N = 31 жінка із анорексією, N = 37 жінок у контрольній групі без порушень харчової поведінки); середній вік – 26,2 років (SD = 5,5)	Опитування	Beck Depression Inventory (BDI)	Eating Disorder Inventory-2, ICD-10	Хі-квадрат критерій Пірсона, t-критерій Стьюдента, лінійна кореляція за Пірсоном, лінійна регресія
Danner U.N., Sternheim L., Evers C.	2014	Нідерланди	N = 187 жінок (N = 64 жінки із анорексією, N = 30 жінок із булімією, N = 29 жінок із нападаподібним переїданням, N = 64 жінки у контрольній групі без порушень харчової поведінки); середній вік – 28,3 років (SD = 10,61); середній вік початку розладів харчової поведінки – 10,4 років (SD = 9,12)	Опитування	Beck Depression Inventory short form (BDI-SF)	Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS)	Однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA, лінійна кореляція за Пірсоном
Ergüney Okumuş F.E., Sertel Berk H.Ö. & Yücel B.	2019	Туреччина	N = 150 жінок (75 із розладами харчової поведінки (анорексія, булімія) та 75 без порушень харчової поведінки); середній вік – 26 років (SD = 6,9); середній вік початку розладів харчової поведінки – 17,4 років (SD = 3,8)	Опитування	Beck Depression Inventory (BDI)	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), DSM-IV-TR	U-тест Манна-Уїтні, рангова кореляція за Спірменом, лінійна регресія

продовження табл. 2.1

<i>Автори</i>	<i>Рік</i>	<i>Країна</i>	<i>Вибірка</i>	<i>Основний метод емпіричного дослідження</i>	<i>Метод дослідження депресивних станів</i>	<i>Метод дослідження порушень харчової поведінки</i>	<i>Методи статистичної обробки даних</i>
Ferreira C., Pinto-Gouveia J., Duarte C.	2014	Португалія	N = 191 жінка (N = 97 жінок із розладами харчової поведінки (анорексія, булімія), N = 94 жінки із контрольної групи без порушень харчової поведінки); середній вік – 20,2 років (SD = 1,4)	Опитування	Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS42)	Eating Disorders Examination 16.0D; Eating Disorder Inventory (EDI)	Лінійна кореляція за Пірсоном, регресійний аналіз
Keshishian A.C., Tabri N., Becker K.R. et al.	2021	США	N = 246 жінок із розладами харчової поведінки (N = 136 із анорексією, N = 110 із булімією); середній вік – 24 роки (SD = 6,79)	Опитування	Eating Disorders Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE-EAT II)		Авторегресійний аналіз, аналіз модератції
Lavender J.M., Mason T.B., Utzinger L.M., Wonderlich S.A., Crosby R.D., Engel S.G. et al.	2016	США	N = 118 жінок із анорексією; середній вік – 25,3 роки (SD = 8,4)	Опитування	Beck Depression Inventory (BDI)	Eating Disorder Examination; Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Patient Edition	Множинна регресія
Mason T.B., Lavender J.M., Wonderlich S.A., Crosby R.D., Joiner T.E., Mitchell J.E., Crow S.J. et al.	2016	США	N = 204 жінки із булімією; середній вік – 25,7 років (SD = 8,9); середній вік початку розладів харчової поведінки – 18,7 років (SD = 6)	Опитування	Inventory of Depressive Symptomatology – Self-Report (IDS-SR); Depressive Interpersonal Relationships Inventory-Reassurance Seeking Subscale (DIRI-RS)	Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q)	Лінійна кореляція за Пірсоном, регресійний аналіз
Winkler L.A.-D., Gudex C., Lichtenstein M.B., Røder M.E., Adair C.E., Sjögren J.M. & Støvring R.K.	2021	Данія	N = 401 жінка (N = 211 жінок із анорексією, N = 190 жінок без порушень харчової поведінки); середній вік – 22,8 років (SD = 8,1)	Опитування	Beck Depression Inventory (BDI)	Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3); ICD-10	Множинна регресія, t-критерій Стюдента

Отже, на цьому етапі було визначено ключові слова пошуку досліджень для системного аналізу, проведено пошук за ними українською та англійською мовами у восьми різних базах наукових публікацій і цитувань. Керуючись визначеними критеріями включення та виключення, для системного огляду було відібрано 10 досліджень, присвячених вивченню різних аспектів депресивних станів у жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки.

РОЗДІЛ III. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Результати дослідження

Результати проаналізованих досліджень, у яких вивчалися депресивні стани жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки, є такими. Загальний рівень депресії у жінок з анорексією та булімією прямо корелює з рівнем незадоволеності своїм тілом, із загальним показником їхньої схильності до порушень харчової поведінки та з окремими компонентами такого показника: утримання від їжі, надмірна занепокоєність їжею, хвилювання, пов'язані з вагою та з формою тіла. Натомість, у жінок без схильності до порушень харчової поведінки достовірною є тільки пряма кореляція між загальним рівнем депресії та занепокоєністю своєю вагою. Незадоволеність своїм тілом, депресія та індекс маси тіла – три аспекти, які найбільше пояснюють симптоматику порушень харчової поведінки в цілому у жінок з анорексією та булімією (Ergüney Okumuş et al., 2019).

У жінок з анорексією та булімією виявлено прямі кореляції між показниками порушень харчової поведінки та між наявністю депресії і симптомів зловживання психоактивними речовинами. Близько у 40% опитаних в межах одного із досліджень жінок з анорексією та булімією виявлено ознаки, які відповідають критеріям клінічної депресії (великого депресивного розладу), а у майже у 66% мають досвід депресії у минулому (Keshishian et al., 2021).

Наявність у жінок з анорексією ознак депресії протягом трьох місяців є суттєвим чинником збереження симптомів РХП протягом подальших трьох місяців. Для жінок з булімією, натомість, така закономірність не є характерною. Водночас, наявність порушень харчової поведінки як у жінок

із булімією, так і у жінок з анорексією не є предиктором депресії (Keshishian et al., 2021).

У жінок з порушеннями харчової поведінки, для яких властиві ознаки клінічної депресії, спостерігається вищий рівень агресії та агресивності, експресії агресії (назовні та аутоагресії) та уникнення шкоди, ніж у тих, які не мають ознак депресії. Також у цих жінок яскравіше виявляють симптоми РХП: прагнення до схуднення та худого тіла, незадоволеність власним тілом, неефективність, перфекціонізм, недовіра до інших, інтероцептивне усвідомлення, страх перед дорослішанням та зрілістю, соціальна невпевненість, аскетизм.

Натомість, у жінок з порушеннями харчової поведінки без ознак клінічної депресії відзначається вищий рівень самоконтролю над агресією, залежності від винагород, спрямованості на себе та співпрацю з іншими, порівнюючи з тими, у яких виявляються ознаки депресії (Abbate-Daga et al., 2012).

Такі властивості жінок із порушеннями харчової поведінки, як уникнення шкоди та спрямованість на себе є взаємопов'язаними з рівнем вираженості їхніх депресивних станів: уникнення шкоди є чинником його зростання, а спрямованість на себе, навпаки, – чинником зниження. Водночас, рівень депресії може визначати міру вияву зазначених характеристик у цих жінок: чим більше вони схильні до депресивних станів, тим більше у них виявляється орієнтація на уникнення шкоди і тим менше – спрямованість на себе (Abbate-Daga et al., 2012).

За проаналізованими даними, жінки з анорексією більше схильні до депресивних станів, ніж умовно здорові жінки (без порушень харчової поведінки) (Beroš et al., 2021; Winkler et al., 2021; Ergüney Okumuş et al., 2019; Ferreira et al., 2014; Danner et al., 2014), при чому, за даними одного із досліджень, у них майже у п'ять разів вищий загальний показник депресії (Winkler et al., 2021).

Рівень депресії у жінок з анорексією разом із рівнем загального показника схильності до порушень харчової поведінки, вітальності та рольово-емоційних обмежень мають значущий вплив на їхню пов'язану зі здоров'ям якість життя. Серед окремих показників схильності до порушень харчової поведінки такий вплив (негативний) у цих жінок також мають прагнення до схуднення та худого тіла, невпевненість у міжособистісних стосунках та страх перед дорослішанням (Winkler et al., 2021).

Депресивні стани у жінок з анорексією є чинником, що визначає рівень їхньої схильності до ритуалів та занепокоєності, пов'язаних із харчуванням, а також до викликання у себе блювоти після прийомів їжі (Lavender et al., 2016).

Рівень депресії у жінок із такими РХП як булімія та нападopodobне переїдання прямо корелює з рівнем їхньої освіти, тоді як у жінок з анорексією такий зв'язок є відсутнім. Також у жінок з булімією та нападopodobним переїданням депресивні стани можуть бути зумовленими відсутністю в історії лікування факту госпіталізації, а у жінок з анорексією взаємозв'язок між цими показниками не був статистично достовірним. У жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки в цілому виявлено обернену кореляцію між рівнем депресії та між індексом маси тіла (Ali et al., 2021).

Виявлено статистично значущі кореляції між схильністю до депресивних станів у жінок з анорексією та показниками їхньої схильності до порушень харчової поведінки: прагнення до худого тіла, незадоволеність своїм тілом, неефективність, перфекціонізм, міжособистісна недовіра, інтероцептивне усвідомлення, аскетизм, невпевненість у соціальній взаємодії та міжособистісних взаєминах, імпульсивна регуляція (Beroš et al., 2021).

Значущими чинниками депресивних станів у жінок з РХП є схильність до перфекціонізму у міжособистісних взаєминах та у процесі взаємодії з

іншими людьми, а також схильність до самокритики. Разом із незадоволеністю своїм тілом, депресивна симптоматика у цих жінок значно впливає на вияв у них ознак порушень харчової поведінки. А їхня схильність до перфекціонізму у міжособистісній взаємодії і до самокритики впливають на симптоматику порушень харчової поведінки опосередковано через визначення рівня депресії (Ferreira et al., 2014).

У жінок з білумією схильність до депресивних станів значуще прямо корелює з такими психологічними характеристиками, як пошук запевнень, соціальне уникнення та небезпечний тип емоційної прив'язаності (прихильності). При цьому, схильність до пошуку запевнень у цих жінок може бути своєрідним медіатором між соціальним уникненням, депресивною симптоматикою та показником схильності до РХП (Mason et al., 2016).

У жінок з анорексією виявлено вищий рівень загального показника депресії, порівнюючи із жінками, які мають булімію та напододібне переїдання, а у жінок з нападодібним переїданням нижчий рівень депресії, ніж у жінок з булімією. У жінок з булімією виявлено статистично значущу обернену кореляцію між схильністю до депресивних станів та між схильністю до використання когнітивної переоцінки в якості стратегії емоційної саморегуляції (Danner et al., 2014).

3.2. Дискусії

Метою дослідження було виявлення особливостей депресивних станів у жінок, які є схильними до порушень харчової поведінки. Як показують результати аналізованих досліджень, жінки з порушеннями харчової поведінки здебільшого відзначаються істотно вищим рівнем загального показника депресії, ніж ті жінки, які до таких порушень не схильні (Beroš et al., 2021; Winkler et al., 2021; Ergüney Okumuş et al., 2019; Ferreira et al., 2014;

Danner et al., 2014). При чому, за деякими даними, рівень загального показника депресії у жінок з порушеннями харчової поведінки може бути у 5 разів вищим, ніж у їхніх умовно здорових ровесниць (Winkler et al., 2021).

Це підтверджує писане вище про те, що жінки з анорексією та нападоподібним переїданням більше схильні до депресивних станів, ніж жінки без порушень харчової поведінки (Kucharska et al., 2016; Aloï et al., 2015).

Очевидно, що жінки зі схильністю до РХП частіше можуть переживати негативні емоції (сум, тугу, печаль, відразу та ін.), рідше переживають радість та задоволення, з більшою тривогою та більш песимістично ставляться до свого майбутнього. У них може частіше виявлятися плаксивість та дратівливість, сповільненість у рухах та мисленні, труднощі з концентрацією уваги та пам'яттю, а також інші емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні ознаки депресії. Високу схильність жінок із РХП до депресивних станів підтверджує і те, що більша частина з них, зазвичай, має досвід переживання депресії у минулому і трохи менше половини цих жінок мають ознаки, що відповідають критеріям клінічної депресії (великого депресивного розладу) (Keshishian et al., 2021).

Але категорія жінок зі схильністю до розладів харчової поведінки не є «однорідною» в плані депресії. Результати одного із досліджень показують наявність відмінностей за схильністю до депресивних станів у жінок з різними розладами харчової поведінки: у жінок з анорексією він є найвищим, а у жінок з нападоподібним переїданням – найнижчим (Danner et al., 2014).

Можливо, такі відмінності пов'язані як з індивідуально-психологічними особливостями цих жінок, так із впливом інших чинників або ж зі специфікою симптоматики РХП (наприклад, жінки з анорексією схильні до більш жорстких обмежень у їжі, образ їхнього тіла є для них перебільшено значущим, що може посилювати депресивну симптоматику).

Специфіка відмінностей між жінками з анорексією та нападоподібним переїданням за рівнем депресії узгоджується з даними ще одного із раніше описаних досліджень (Aloi et al., 2015).

При різній схильності до депресивних станів жінки із РХП різняться між собою за мірою вияву основної симптоматики їхнього розладу та за окремими психологічними характеристиками. У жінок з вищим рівнем депресії яскравіше виявляються симптоми порушень харчової поведінки: прагнення до схуднення та худого тіла, незадоволеність власним тілом, неефективність, перфекціонізм, недовіра до інших, інтероцептивне усвідомлення, страх перед дорослішанням та зрілістю, соціальна невпевненість, аскетизм (Abbate-Daga et al., 2012), що узгоджується із результатами, описаними раніше у теоретичній частині роботи (Qadir & Muhsin, 2020).

Ці жінки є більш агресивними та більше схильні до вияву агресії, у них вищий рівень аутоагресії та прагнення уникнути шкоди (Abbate-Daga et al., 2012). Постійні сумніви, песимізм, надмірна занепокоєність та страхи є емоційно виснажливими. З огляду на знижений енергетичний потенціал, який спостерігається при депресії, такі переживання посилюють дратівливість та зменшують здатність контролювати свої агресивні імпульси, які ці жінки виявляють назовні або ж спрямовують їх проти самих себе.

Жінкам з РХП, які є менше схильними до депресивних станів, навпаки, краще вдається контролювати себе, вони менше схильні до агресивних дій щодо себе та інших, в цілому є менш агресивними. Також цих жінок характеризує вищий рівень спрямованості на себе та більша орієнтація на співпрацю з іншими (Abbate-Daga et al., 2012). Спрямованість на себе означає, що ці жінки більше прислухаються до себе, частіше керуються власними переконаннями, мають краще розвинену систему особистісно значущих цінностей, з огляду на яку оцінюють себе та свої дії,

тобто є менше залежними від думок інших людей. Водночас, більша орієнтація на співпрацю свідчить про те, що при меншій схильності до депресивних станів жінки з порушеннями харчової поведінки виявляють більшу готовність до взаємодії з іншими із самостійної та автономної, а не залежної позиції.

При цьому, у цих жінок спостерігається певна суперечливість: разом з їхньою готовністю до співпраці та направленістю на себе, вони також виявляють більшу залежність від винагород (вербальних сигналів соціального схвалення, соціальної підтримки, вияву прихильних почуттів від інших тощо), ніж ті жінки з порушеннями харчової поведінки, у яких рівень вияву депресивних станів є вищим (Abbate-Daga et al., 2012).

Щодо чинників депресивних станів жінок із РХП, то вони можуть бути пов'язаними з певними аспектами їх розладу та його наслідками, з індивідуально-психологічними особливостями жінок, частково – з впливом деяких соціально-демографічних характеристик. Серед жінок з булімією та нападоподібним переїданням вища схильність до депресивних станів виявляється у більш освічених жінок, як і у тих, які ніколи не були госпіталізованими у зв'язку з лікуванням розладу харчової поведінки (Ali et al., 2021).

Жінки з вищим рівнем освіти можуть почувати на собі більший соціальний тиск, у них з більшою ймовірністю виникатимуть переживання сорому та провини за наявні у них порушення, страху бути «викритими», що може посилювати стрес і, як результат, призводити до депресії. Відсутність стаціонарного лікування може означати те, що жінки не отримують достатньої допомоги і це посилює негативні наслідки властивого для них РХП, серед яких, очевидно, і підвищена схильність до депресивних станів.

Цікаво, що у жінок з анорексією зв'язок між наявністю/відсутністю факту госпіталізації в історії лікування та між показником депресії виявився

незначущим. Такі результати суперечать даним про те, що у жінок з анорексією, які лікуються стаціонарно, депресивні стани виникають достовірно рідше (Sjögren & Støving, 2022). Тобто цей аспект потребує подальшого вивчення та уточнення. Інший чинник депресивних станів у жінок зі схильністю до РХП – низький індекс маси тіла (Ali et al., 2021). Критичне зниження ваги може бути пов'язане з додатковими соматичними порушеннями чи навіть збільшувати ризик смертності. Це посилює стресові переживання жінок, у зв'язку з чим вони можуть виявляти більшу схильність до депресивних станів. При цьому, сам факт наявності порушень харчової поведінки у жінок з анорексією та булімією ще не є достатнім чинником виникнення у них депресивних станів (Keshishian et al., 2021).

Серед індивідуально-психологічних особливостей жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки, які можуть бути чинниками їхніх депресивних переживань, було виявлено схильність до уникнення шкоди, низьку спрямованість на себе (Abbate-Daga et al., 2012), схильність до перфекціонізму у міжособистісних взаєминах та у процесі взаємодії з іншими, схильність до самокритики (Ferreira et al., 2014). Жінки, які уникають шкоди, схильні до надмірної занепокоєності, сумнівів та страху, песимістично налаштовані, сором'язливі, швидко виснажуються. Такі особливості, очевидно, негативно впливають на їхній емоційний стан, викликають більший емоційний дискомфорт, порушують благополуччя, що й призводить до депресивних станів.

Жінки з низькою спрямованістю на себе частіше керуються думками і переконаннями інших людей, є менш автономними, їм важче прислухатися до себе і приймати рішення, керуючись особистісно значущими цінностями та ідеалами. Своєрідна втрата зв'язку із самою собою може викликати емоційну пустку, зниження переживання наповненості життя, його спрямованості та осмисленості.

Для жінок з високим рівнем перфекціонізму у взаємодії з іншими вкрай важливо «тримати марку»: вони надзвичайно бояться виявити перед кимось свою недосконалість, розкривають перед іншими тільки ті аспекти своєї особистості, які вважають найкращими, «ідеальними». Зрозуміло, що це вимагає великого самоконтролю та значних зусиль, а з часом призводить до виснаження особистісних ресурсів і стає причиною розвитку депресивних станів.

Подібне стосується і схильності цих жінок до самокритики. Негативна оцінка себе, якостей своєї особистості та своїх вчинків, вимогливість «внутрішнього критика» знижують самооцінку та самоефективність, роблять жінок невпевненими у собі, посилюють їхнє переживання власної безпорадності, в результаті чого виникає депресивна симптоматика.

Як і у випадку з перфекціонізмом у взаємодії з іншими, конфлікт між потребою бути ідеальними в очах інших та усвідомлення власної «неідеальності», нездатності відповідати вимогам до себе, які є неадекватно високими, пригнічують жінок, порушують їхню здатність радіти своїм успіхам і досягненням, отримувати задоволення від життя. При цьому, опосередковано через депресивні стани схильність до самокритики та перфекціонізму у міжособистісних взаєминах та взаємодії з іншими посилює симптоматику порушень харчової поведінки у цих жінок (Ferreira et al., 2014).

Депресивні стани у жінок зі схильністю до РХП є чинниками, що визначають особливості вияву симптоматики їхнього розладу, а також міру вираженості окремих індивідуально-психологічних характеристик. Так, більша схильність до депресії вкупі із незадоволеністю своїм тілом у цих жінок визначає вищий рівень їхньої схильності до порушень харчової поведінки в цілому (Ergüney Okumuş et al., 2019; Ferreira et al., 2014). Це узгоджується із даними про те, що депресивні стани жінок із розладами

харчової поведінки є своєрідним медіатором між негативним образом свого тіла та між схильністю до таких порушень (Pourfard et al., 2016).

А у жінок з анорексією більш виражені депресивні стани визначають більшу схильність до ритуалів та занепокоєності, пов'язаних із харчуванням, а також до викликання у себе блювоти після прийомів їжі (Lavender et al., 2016). Саме міра вираженості депресивних станів є одним із чинників збереження симптомів розладу харчової поведінки у жінок з анорексією в майбутньому (Keshishian et al., 2021).

Серед психологічних характеристик жінок із РХП, які визначають їхні депресивні стани, – схильність до уникнення шкоди (страхи, підвищена занепокоєність, сором'язливість, песимізм) та низька спрямованість на себе (регуляція та адаптація до вимог актуальної ситуації з огляду на думку інших, а не з опорою на власні цінності та переконання) (Abbate-Daga et al., 2012).

Також рівень депресії у жінок з анорексією, разом із загальним показником схильності до порушень харчової поведінки, втому, виснаженістю, зниженою енергійністю, зменшенням досягнень, виконаних обов'язків та часу, затраченого на їх виконання, а також зменшеною обережністю, що асоційовані з порушеннями їх ментального здоров'я, визначають нижчий рівень якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (Winkler et al., 2021).

Зрештою, депресивні стани жінок з РХП значуще корелюють з окремими показниками їхньої схильності до таких порушень та з окремими їх психологічними характеристиками. Серед показників порушень харчової поведінки такими корелятами є: загальний рівень вияву цих порушень, незадоволеність своїм тілом (Beroš et al., 2021; Ergüney Okumuş et al., 2019), утримання від їжі, надмірна занепокоєність їжею, хвилювання, пов'язані з вагою та з формою тіла (Ergüney Okumuş et al., 2019), прагнення до худого тіла, неефективність, перфекціонізм, міжособистісна недовіра,

інтероцептивне усвідомлення, аскетизм, невпевненість у соціальній взаємодії та міжособистісних взаєминах, імпульсивна регуляція (Beroš et al., 2021). Такі кореляції є прямими і свідчать про взаємозв'язок між депресивними станами та зазначеними симптомами порушень харчової поведінки: підвищення (зниження) рівня депресії буде супроводжуватися підвищенням (зниженням) міри вияву симптоматики порушень харчової поведінки і навпаки.

У жінок з анорексією та булімією рівень депресивних станів прямо корелює із виявом симптомів зловживання психоактивними речовинами (Keshishian et al., 2021). А у жінок із булімією рівень депресивних станів прямо корелює зі схильністю до пошуку запевнень, соціальним уникненням і небезпечним типом емоційної прив'язаності (Mason et al., 2016), а також обернено корелює зі схильністю використовувати стратегію когнітивної переоцінки у процесі емоційної саморегуляції (Danner et al., 2014). Тобто жінки з анорексією та булімією, які мають вищий (або нижчий) рівень депресії водночас частіше (або рідше) виявляють ознаки схильності до зловживання психоактивними речовинами і навпаки. Шукаючи порятунку від похмурих думок, емоційної пустки всередині, нездатності залишатися активними й енергійними, насолоджуватися життям і отримувати радість, ці жінки обирають неконструктивний та мало ефективний у перспективі спосіб давати собі раду зі своїм актуальним станом і «тікають» у стан штучно зміненої свідомості. Водночас, зловживаючи психоактивними речовинами, вони ще більше заглиблюються у свій депресивний стан.

Жінки з булімією, які мають вищий (або нижчий) рівень депресії водночас частіше (або рідше) схильні до надмірного пошуку запевнень, виявляють схильність до соціального уникнення, характеризуються вираженим небезпечним типом емоційної прив'язаності та невираженою схильністю до когнітивної переоцінки в емоціогенних ситуаціях і навпаки. Тобто переживання депресивних станів у жінок з булімією частіше

супроводжується посиленням прагнення отримувати підтвердження стосовно того, що їх непокоїть, ззовні: депресивні переживання вичерпують особистісні (внутрішні) ресурси, які можуть бути використані для адаптації до невизначеності та боротьби з тривогою і надмірною занепокоєністю. Також переживаючи депресивні стани, жінки з булімією нерідко прагнуть уникнути спілкування та інтеракцій з іншими людьми або реально дистанціюються від них, що може посилюватися у тому разі, коли для них властивий уникаюча (небезпечна) емоційна прив'язаність.

При депресивних станах жінки з булімією переживають зниження своїх внутрішніх ресурсів, у них сповільнюються процеси мислення, домінує песимістичний погляд на життя. Не дивно, що в такій ситуації для емоційної саморегуляції у стресових ситуаціях вони рідше використовують стратегію когнітивної переоцінки, яка передбачає позитивну реінтерпретацію того, що відбувається, розгляд проблеми під різними кутами зору для пошуку шляхів її вирішення та нових можливостей для особистісного росту й розвитку.

Водночас, депресивні стани з більшою ймовірністю виявлятимуться у жінок з булімією, які схильні дистанціюватися від інших людей, уникають не тільки емоційної близькості з ними через свій страх, але й прагнуть обмежити будь-яке спілкування, взаємодію з іншими чи навіть перебування поруч з ними, погано переносять невизначеність, постійно шукають чогось, що могло б заспокоїти їхню тривожність і занепокоєність

Цікаво, що схильність жінок до пошуку запевнень може бути своєрідним медіатором між соціальним уникненням, депресивними станами та симптоматикою порушень харчової поведінки (Mason et al., 2016). Маючи бажання уникнути перебування, спілкування та взаємодії з іншими (або фактично уникаючи цього) і перебуваючи у депресивному стані, жінки з булімією, для яких властиві постійні намагання знову й знову все «перепроверити», шукати додаткових підтверджень ззовні, що все в порядку

стосовно їхніх переживань, занепокоєності та нав'язливих ідей (зокрема, пов'язаних із тілом, зовнішнім виглядом, харчовою поведінкою і т.д.), не знаходять інакшої можливості впоратися із тривогою та невизначеністю, аніж ще більше контролювати свої харчові звички. Це посилює симптоматику порушень харчової поведінки таких жінок.

У підсумку, можна зробити висновок, що висунута на початку дослідження *гіпотеза підтвердилася лише частково*:

а) результати проаналізованих досліджень показали, що депресивні стани та схильність жінок до порушень харчової поведінки і справді є взаємопов'язаними між собою;

б) також виявлено, що жінки зі схильністю до порушень харчової поведінки більше схильні до депресивних станів, порівнюючи з умовно здоровими жінками;

в) щодо частини припущення про те, що у жінок зі схильністю до різних порушень харчової поведінки спостерігаються відмінності за рівнем вираженості та особливостями вияву депресивних станів, то дані про такі відмінності було виявлено лише в одному із аналізованих досліджень. Вони свідчили про те, що жінки з нападоподібним переїданням мають нижчий рівень депресії, ніж жінки з анорексією та булімією, а у жінок з булімією він є нижчим, ніж у жінок з анорексією. Очевидно, що цей аспект проблематики депресивних станів жінок, схильних до порушень харчової поведінки, потребує подальших досліджень для уточнення.

ВИСНОВКИ

Отже, за результатами проведеного дослідження можна сформулювати такі висновки.

1. Депресивні стани (депресія) є предметом численних наукових досліджень, що пов'язано з високим рівнем поширеності людей, які тією чи іншою мірою страждають від депресивних симптомів. У різних психологічних і психотерапевтичних напрямках та підходах розглядаються різні джерела депресивних станів (наприклад, втрата сенсу життя чи переживання його цінності, неадекватність когнітивної концептуалізації ситуації, негативні когнітивні схеми, що виникають у людини при переживанні травматичного досвіду у дитинстві тощо). Узагальнення основних симптомів депресії показує, що вони можуть стосуватися емоційної (знижений настрій, відсутність радості у житті, нездатність насолоджуватися життям і отримувати від нього задоволення, втрата інтересу до раніше улюблених занять, переживання суму, туги, пригніченість тощо), когнітивної (сповільненість процесів мислення, уваги, пам'яті, ускладнене когнітивне опрацювання інформації), поведінкової (знижена активність, сповільненість рухів або метушливість) та соматичної (знижена енергійність, проблеми зі сном та апетитом, неприємні відчуття з боку різних органів і систем організму та ін.) сфер.

2. Розлади харчової поведінки є порушеннями, що виникають під впливом багатьох різних чинників (нейробіологічних, генетичних, культурних, соціально-психологічних, індивідуально-психологічних тощо), призводять до зміненого споживання їжі та впливають на здоров'я людини (фізичне, психічне), ефективність її функціонування у різних сферах життя (сімейній, професійній, у сфері міжособистісних взаємин та ін.), якість життя в цілому. Розлади харчової поведінки часто зустрічаються у жінок молодого віку, які проживають у західних індустріальних країнах, і є менш

поширеними серед чоловіків. З огляду на це, виникає особливий інтерес до наукового вивчення проблем, пов'язаних зі схильністю до порушень харчової поведінки саме у жінок молодого віку. Однією із таких проблем є депресивні стани і, як показують наукові дані, депресивні стани жінок та їхня схильність до порушень харчової поведінки є взаємопов'язаними між собою, але специфіка цього зв'язку потребує уточнення.

3. Результати проведеного огляду досліджень, присвячених проблемі депресивних станів жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки, дають підстави говорити про таке. Жінки, схильні до РХП, перебувають у групі ризику щодо виникнення депресивних станів: значна частина з них мають досвід переживання депресивних станів у своїй життєвій історії, у багатьох із них виявляються ознаки, які відповідають критеріям клінічної депресії. Загальний рівень депресії у жінок із РХП є істотно вищим, ніж у їхніх ровесниць без схильності до таких порушень. Чинниками депресивних станів у цих жінок може бути знижений індекс маси тіла, вищий рівень освіти, відсутність факту госпіталізації під час лікування РХП (при булімії та нападоподібному переїданні), а також окремі психологічні характеристики (схильність до самокритики, уникнення шкоди, низька спрямованість на себе, схильність до перфекціонізму у міжособистісній взаємодії). Рівень депресії у жінок з анорексією та булімією прямо корелює з окремими показниками їхньої схильності до РХП та симптомами зловживання психоактивними речовинами. А у жінок із булімією виявляються кореляції між депресією, схильністю до соціального уникнення та нав'язливого пошуку запевнень, небезпечним типом емоційної прив'язаності і невираженою схильністю до когнітивної переоцінки при емоційній саморегуляції. За даними нечисленних досліджень, жінки з різними РХП відрізняються між собою за рівнем депресії: у жінок з анорексією вона є найвищою, а у жінок із нападоподібним переїданням – найнижчою. Депресивні стани жінок із РХП

можуть бути чинником більш яскравого вияву симптоматики властивого для них порушення, нижчого показника якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, більшої схильності до уникнення шкоди та меншої спрямованості на себе. Жінки з РХП, які мають вищий рівень депресії, є більш агресивними та частіше виявляють агресію назовні або щодо самих себе (аутоагресія), відзначаються зниженим самоконтролем над своїми агресивними імпульсами, більше схильні до уникнення шкоди, виявляють меншу залежність від винагород (у соціальній взаємодії), менше спрямовані на себе та мають менш виражену орієнтацію на співпрацю з іншими, порівнюючи з жінками із такими ж порушеннями, у яких рівень депресії є нижчим.

В цілому, отримані результати дали змогу *частково підтвердити висунуту гіпотезу* (потребує уточнення частина про відмінності за рівнем вираженості та особливостями вияву депресивних станів у жінок зі схильністю до різних РХП).

Обмеження та подальші перспективи. У проаналізованих дослідженнях недостатньо представлені жінки з нападоподібним переїданням і це дещо обмежує можливість співвіднесення описаних особливостей із жінками, які схильні саме до цього розладу харчової поведінки; проведено аналіз даних, отриманих під час опитування жінок з інших країн (не було знайдено вітчизняних досліджень, які відповідають застосованим критеріям включення), тому можливість перенесення результатів дослідження на українську вибірку потребує уточнення. Перспективою подальших досліджень у межах цієї проблеми є емпіричне вивчення особливостей депресивних станів у жінок зі схильністю до РХП на вибірці українок молодого віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсальямова, Л.М. (2019). *Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція* [Дисертація доктора психологічних наук, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України].
2. Долішня, Н.І., Кечур, Р., Мироненко, О.І. (2008). Психодинамічне розуміння депресивних розладів. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихологія*, 3-1, 77-81.
3. Зубцов, Д. (2016). Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник Миколаївського національного університету ім. В.О. Сухомлинського*, 1(16), 77-82.
4. Кечур, Р., Мединська, Ю. (2006). Психодинамічні аспекти депресії. *Депресія: обличчя та маски / за ред. Н. Долішньої*. Львів: Видавництво Мс. С. 31-47.
5. Мартинова, Л. (2021). Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихологія*, 1(122), 46-50.
6. Мартинова, Л. (2022). МКХ-11: оновлений погляд на типологію хвороб. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихологія*, 1(132), 5-6.
7. Мироненко, О. (2006). Діагностика депресивного розладу. *Депресія: обличчя та маски / за ред. Н. Долішньої*. Львів: Видавництво Мс. С. 9-12.
8. Пфайфер, С. (2017). *Депресія: Хвороба сучасності*. Львів: Свічадо. 88 с.
9. Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Marzola, E., Amianto, F., Zuccolin, M. & Fassino, S. (2012). Eating disorders and major depression: role of anger and personality. *Depression Research and Treatment*, 2011, 194732. <https://doi.org/10.1155/2011/194732>
10. Ali, A.M., Hori, H., Kim, Y. & Kunugi, H. (2021). Predictors of nutritional status, depression, Internet addiction, Facebook addiction, and tobacco

- smoking among women with eating disorders in Spain. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 735109. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.735109>
11. Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M. et al. (2015). Decision making, central coherence and set-shifting: a comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *BMC Psychiatry*, 15, 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0395-z>
 12. Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J. et al. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
 13. Beck, A.T. & Alford, B.A. *Depression: Causes and Treatment* (2nd Edition) (2009). Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 405 p.
 14. Beroš, K., Brajković, L., Kopilaš, V. (2021). Psychological resilience and depression in women with anorexia nervosa. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2662>
 15. Boujut, E. & Gana, K. (2014). Relationship between depressive mood and eating disorders in a non-clinical young female sample: a one-year longitudinal analysis of cross-lagged and simultaneous effects, eating behaviors. *Eating Behaviors*, 15(3), 434-440. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.018>
 16. Bulik, C.M. (2016). Towards a science of eating disorders: Replacing myths with realities: The fourth Birgit Olsson lecture. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70, 224-230. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1074284>
 17. Culbert, K.M, Racine, S.E. & Klump, K.L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
 18. Danner, U.N., Sternheim, L., Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215, 727-732. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.005>

19. Ergüney Okumuş, F.E., Sertel Berk, H.Ö. & Yücel, B. (2019). Body image, depression and eating behaviour: a comparative study in eating disordered women and healthy controls. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 774-780. <https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1637327>
20. Ernst, M., Tibubos, A.N., Werner, A., Beutel, M.E., Plener, P.L., Fegert, J.M., et al. (2019). Sex-dependent associations of childhood neglect and bodyweight across the life span. *Scientific Reports*, 9, 5080. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-41367-y>
21. Ernst, M., Werner, A.M., Tibubos, A.N., Beutel, M.E., Zwaan, M., Brähler, E. (2021). Gender-dependent associations of anxiety and depression symptoms with eating disorder psychopathology in a representative population sample. *Frontiers in Psychiatry*, 26(12), 645654. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.645654>
22. Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 1715-1721. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05176blu>
23. Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2014). Self-criticism, perfectionism and eating disorders: the effect of depression and body dissatisfaction. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 409-420.
24. Frank, G.K. (2015) Recent advances in neuroimaging to model eating disorder neurobiology. *Current Psychiatry Reports*, 17, 559. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0559-z>
25. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2022). [Electronic resource]. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
26. Keith, L., Gillanders, D. & Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 317-327. <https://doi.org/10.1002/cpp.629>

27. Keshishian, A.C., Tabri, N., Becker, K.R. et al. (2021). Comorbid depression and substance use prospectively predict eating disorder persistence among women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(4), 309-315. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.09.003>
28. Keski-Rahkonen, A, Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M.S., Sihvola, E. et al. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259-1265. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>
29. Kucharska, K, Jeschke, J. & Mafi, R. (2016). Intact social cognitive processes in outpatients with anorexia nervosa: a pilot study. *Annals of General Psychiatry*, 15, 24. <https://doi.org/10.1186/s12991-016-0108-0>
30. Lavender, J.M., Mason, T.B., Utzinger, L.M., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Engel, S.G. et al. (2016). Examining affect and perfectionism in relation to eating disorder symptoms among women with anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 241, 267-272. <https://doi.org/doi:10.1016/j.psychres.2016.04.122>
31. Magallares, A., Jauregui-Lobera, I., Gamiz-Jimenez, N., Santed, M.A. (2014). Subjective Well-Being in a Sample of Women with Eating Disorders. *The Psychological Record*, 64, 769-776. <https://doi.org/10.1007/s40732-014-0043-x>
32. Mason, T.B., Lavender, J.M., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Joiner, T.E., Mitchell, J.E., Crow, S.J. et al. (2016). The role of interpersonal personality traits and reassurance seeking in eating disorder symptoms and depressive symptoms among women with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 165-171. <https://doi.org/doi:10.1016/j.comppsy.2016.04.013>
33. Pourfard, M.M., Naderi, F., Askari, P., Heidari, A. & Mehrabi Zadeh Honarmand, M. (2016). Proposing a causal model of body image perception with eating disorders by depression mediation in youth. *Journal of Research & Health*, 6(1), 153-160.
34. Qadir, S.A., & Muhsin, S.S. Association between Eating Disorders with Depression: A Descriptive Study (2020). *Medico-legal Update*, 20(2), 597-601.

35. Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J.H. et al. (2017). The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 25(6), 432–450. <https://doi.org/10.1002/erv.2553>
36. Seligman, M.E.P., Sripada, Ch. Railton, P. & Baumeister, R.F. (2016). *Homo Prospectus*. New York: Oxford University Press. 400 p.
37. Sjögren, M. & Støving, R.K. (2022). Anorexia Nervosa: reduction in depression during inpatient treatment is closely related to reduction in eating disorder psychopathology. *Journal of Personalized Medicine*, 12, 682. <https://doi.org/10.3390/jpm12050682>
38. Swinbourne, J.M. & Touyz, S.W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, 15, 253-274. <https://doi.org/10.1002/erv.784>
39. Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes-Rodriguez, M.L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating disorders*, 22(1), 33-49. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.857517>
40. Thornton, L.M, Welch, E, Munn-Chernoff, M.A., Lichtenstein, P., Bulik, C.M. (2016). Anorexia Nervosa, Major Depression, and Suicide Attempts: Shared Genetic Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 525-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12235>
41. Tronieri, J.S., Wurst, C.M., Pearl, R.L., Allison, K.C. (2017). Sex differences in obesity and mental health. *Current Psychiatry Reports*, 19 (6), 29. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0784-8> .
42. Vázquez-Velázquez, V., Kaufer-Horwitz, M., Méndez, J.P., García-García, E. & Reidl-Martínez, L.M. (2017). Eating behavior and psychological profile: associations between daughters with distinct eating disorders and their mothers. *BMC Women's Health*, 17, 74. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0430-y>

43. Winkler, L.A.-D., Gudex, C., Lichtenstein, M.B., Røder, M.E., Adair, C.E., Sjögren, J.M. & Støving, R.K. (2021). Explanatory factors for disease-specific health-related quality of life in women with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8), 1592. <https://doi.org/10.3390/jcm10081592>